

Regeling informatieverstrekking DBC-bedragen en overige bedragen medisch specialistische zorg door of vanwege de zorginstelling

Regeling CI/NR-100.073, Informatieverstrekking DBC-bedragen en overige bedragen medisch specialistische zorg door of vanwege de zorginstelling

Gelet op artikel 38 Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) stelt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) de volgende regeling vast.

Artikel 1. Algemeen

a. Deze regeling is van toepassing op zorg of dienst als omschreven bij of krachtens de Zvw en wordt geleverd door:

- instellingen voor medisch specialistische zorg (met uitzondering van sanatoria, epilepsie-inrichtingen en abortusklinieken),
- instelling – niet zijnde een ziekenhuis – voor medisch specialistische zorg,
- audiologische centra,
- centra voor erfelijkheidsonderzoek en

zorgaanbieders die geneeskundige zorg leveren zoals medisch specialisten die bieden te onderscheiden naar categorieën van specialismen overeenkomstig het onderscheid zoals dat wordt gemaakt in het specialistenregister van de Koninklijke Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, zoals dat register luidt op het tijdstip van vaststellen van een tarief/prestatiebeschrijving door de Nederlandse Zorgautoriteit voor het desbetreffende specialisme.

Artikel 2. Verplichtingen

De verplichtingen die uit deze regeling voortvloeien treden in werking op 1 januari 2008.

Indien deze regeling, waaruit de verplichtingen voortvloeien, eerder in de Staatscourant wordt geplaatst, treden de verplichtingen in werking met ingang van de tweede dag na de dagtekening van de Staatscourant waarin de regeling wordt geplaatst. Met de inwerkingtreding van regeling CI/NR-100.073 komt regeling CI/NR-100.065 te vervallen.

Artikel 3. Definities en begrippen

3.1 **Diagnosebehandelingcombinatie**
De diagnosebehandelingcombinatie (DBC) typeert het geheel van prestaties van zorginstelling en medisch specialist, voortvloeiend uit de zorgvraag waarvoor de patiënt de medisch specialist in de zorginstelling consulteert.

3.2 DBC-traject

Een DBC duurt maximaal 365 dagen. Wanneer het zorgtraject langer dan 365 dagen duurt of een andere fase of status in de behandeling aanbreekt (bijvoorbeeld langdurige periodieke controle) wordt dit vervolgtraject getypeerd met een zogenoemde vervolg-DBC. Derhalve is een DBC altijd gerelateerd aan een bepaalde periode binnen een zorgtraject, het zogenoemde DBC-traject. Binnen deze periode wordt de DBC-dataset opgebouwd die gebruikt wordt voor de typering van de DBC als declarabel product.

3.3 DBC-dataset

De dataset die de gegevens bevat waarmee een DBC getypeerd kan worden. De onderdelen van de DBC-dataset zijn: begindatum, medisch inhoudelijke informatie (zorgtype, zorgvraag, diagnose en behandeling) en einddatum. Aan een DBC dataset is een profiel van activiteiten gekoppeld, die in die periode voor die DBC zijn ingezet.

3.4 DBC-declaratiecode

De zes-cijferige code waaraan de DBC-bedragen worden gekoppeld (segment A op productgroepniveau en segment B op DBC-niveau).

3.5 DBC-prestatiecode

De veertiencijferige code welke het afgesloten en gevalideerde DBC-traject beschrijft. De code bestaat uit het samenstelsel van de codes van het zorgtype, de zorgvraag, de typerende diagnose en de behandeling.

Artikel 4. Gegevens op de nota/declaratie

Algemeen

Elke declaratie bevat dezelfde wijze van codering voor:

- a. **DBC-traject aanvangsdatum:** Bij aanvang van de DBC: de datum waarop de klacht/zorgvraag zich voor de eerste keer aandient (in de regel is dit het eerste contact met de medisch specialist). Bij vervolg DBC's: de begindatum van het vervolg DBC-traject.
- b. **DBC-traject einddatum:** in principe de datum waarop de behandeling wordt afgerond. Als er sprake is van meerdere DBC's per zorgtraject is het de einddatum van het te declareren DBC-traject.
- c. **DBC-declaratiecode:** 6-cijferige code waarmee een relatie wordt gelegd tussen het zorgproduct en het tarief of de afgesproken prijs van de DBC. De code wordt door de NZa vastgesteld.

In het A-segment wordt aan elke productgroep een DBC-declaratiecode uit de NZa-tariefgroep 14 (verzekerde zorg) en / of 16 (niet verzekerde zorg) gekoppeld.

Aan elke individuele DBC in het B-segment wordt een DBC-declaratiecode uit de NZa-tariefgroep 15 (verzekerde zorg) en / of 17 (niet verzekerde zorg) gekoppeld.

d. **Kostenbedrag en honorariumbedrag:** op de declaratie dient het totale DBC-tarief uitgesplitst te zijn in kostenbedrag voor de zorginstelling, verrekenpercentage voor de zorginstelling en een totaalbedrag voor de honoraria voor de medisch specialistische zorg.

Het totaalbedrag voor de honoraria voor de medisch specialistische zorg is de niet afgeronde optelling van de afgeronde honorariumbedragen per specialisme.

e. **AGB-code en DBC-prestatiecode:** de specificatie van het geleverde zorgproduct.

Het DBC-specialisme wordt weergegeven conform de AGB subberoepsgroepindeling (de AGB-code van de hoofdhandelaar is hierbij leidend) en bestaat uit 2 posities.

De DBC-prestatiecode wordt afgeleid van de gevalideerde DBC-dataset.

Deze code bestaat uit 12 alphanumerieke posities, gevuld volgens de DBC-componenten (assen): zorgtype, zorgvraag, diagnose en behandeling van de DBC-dataset (in deze volgorde). Voor alle DBC's dient de volledige DBC prestatiecode op de declaratie te worden opgenomen.

f. **Lekenomschrijving:** op de declaratie van de zorginstelling aan de patiënt dient voor DBC's de zogenaamde lekenomschrijving te worden opgenomen.

Artikel 4. Inwerkingtreding regeling

De regeling kan worden aangehaald als 'Regeling informatieverstrekking DBC-bedragen en overige bedragen medisch specialistische zorg door of vanwege de zorginstelling'.

Deze regeling treedt in werking met ingang van de tweede dag na de dagtekening van de Staatscourant waarin zij wordt geplaatst.

de Raad van Bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit, drs. A.L.M. Barendregt, portefeuillehouder aanbieders Cure, mr. F.H.G. de Grave, voorzitter.